



عملے کے عزیز رکن:

زیادہ طلباء کو، اسکول واپس لاتے ہوئے، FCPS ہمارے اسکولوں اور کمیونٹی کو محفوظ رکھنے کے لیے، بہت سے اقدامات اٹھا رہا ہے۔ جو اقدامات ہم اٹھا رہے ہیں ان میں، درج ذیل شامل ہیں: ہاتھ دھونا، جسمانی دوری اور منہ ڈھانپنا/ ماسک۔

ان اقدامات کے علاوہ، FCPS اسکول میں COVID-19 کی تشخیص کے مفت ٹیسٹ کی بھی پیشکش کر رہا ہے۔ ورجینیا کے محکمہ صحت کے تعاون کے ساتھ، FCPS نے COVID-19 ٹیسٹنگ پائلٹ پروگرام میں، شرکت کا انتخاب کیا ہے۔ Rocky Run مڈل اسکول اس پروگرام میں شرکت کے لیے، منتخب ہوا ہے۔ اس میں، شرکت ایک رضاکارانہ عمل ہے۔

COVID-19 کی تشخیص کا ٹیسٹ ایسے کسی بھی طالب علم یا عملے کے رکن کو پیش کیا جائے گا، جس میں اسکول کے دن کے دوران، COVID-19 کی علامات پائی جائیں گی۔ اس ٹیسٹنگ کا مقصد، ایسے کیسز کی جلد سے جلد نشاندہی کرنا ہے تاکہ ہمارے اسکولوں اور کمیونٹی کے اندر، دوسروں کو محفوظ رکھنے کے اقدامات لیئے جا سکیں۔ ورجینیا کے محکمہ صحت نے FCPS کو، Abbott BinaxNOW antigen test فراہم کیا ہے۔ ایک تربیت یافتہ ٹیسٹنگ ٹیم ممبر، عملے کے رکن کے ناک سے سیمپل لے گا۔ ٹیسٹ کے نتائج آنے میں تقریباً 15 منٹ لگیں گے۔

FCPS کے حالیہ طریقہ کار کے مطابق، علامات کے حامل عملے کے رکن سے کمپیس سے جانے کا کہا جائے گا اور ٹیسٹ کے نتائج سے قطع نظر، اپنے ڈاکٹر سے رجوع کرنے کا کہا جائے گا۔ عملے کے رکن کو، کام پر واپس آنے سے پہلے اپنے ڈاکٹر کی طرف سے دستخط شدہ، کام پر واپسی کا ایک فارم فراہم کرنا ہوگا۔ اضافی معلومات کے لیے، [ریگولیشن 4135](#) ملاحظہ کریں۔

اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ بیمار ہیں یا آپ کے اندر، COVID-19 کی علامات ظاہر ہو رہی ہیں تو براہ مہربانی گھر پر رکیں۔

پروگرام میں شرکت کرنے کے لیے، آپ کو منظوری کا منسلک فارم مکمل کر کے اپنے اسکول واپس بھیجنا ہوگا۔

اضافی معلومات کے لیے، [اکثر پوچھے جانے والے سوالات](#) کی دستاویز ملاحظہ کریں، جس میں آپ کو اپنے بہت سے سوالوں کے جواب مل جائیں گے۔ اگر آپ کوئی اضافی سوالات پوچھنا چاہتے ہیں تو براہ مہربانی، اپنے اسکول کف انتظامی رکن یا سپروائزر سے رابطہ کریں۔

عملے کے رکن کے لیئے، اسکول کے اندر COVID-19 کی ٹیسٹنگ کے معاہدہ کا فارم

تاریخ پیدائش: ____/____/____	درمیانی نام:	پہلا نام:	آخری نام:
			سڑک: شہر: سٹیٹ: زپ کوڈ:
جنس: عورت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/> جواب نہیں دینا چاہتے <input type="checkbox"/>		والد یا والدہ کا ای میل:	والد یا والدہ کا فون نمبر:
بسپانوی / لاطینی: جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> جواب نہیں دینا چاہتے <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> امریکن انڈین / الاسکا کے قدیم باشندے <input type="checkbox"/> ایشیائی <input type="checkbox"/> سیاہ فام یا افریقی امریکی <input type="checkbox"/> ہوائی یا جزائر بحر الکاہل کے قدیم باشندے <input type="checkbox"/> سفید فام <input type="checkbox"/> درج نہیں		قومیت:

یہ فارم مکمل کر کے جمع کرانے سے، میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے اس بات کا معاہدہ اور منظوری دے دی ہے کہ تعلیمی دن کے دوران، COVID-19 antigen test مفت کیا جا سکتا ہے۔ میں اس بات سے آگاہ ہوں، COVID-19 ٹیسٹ کی منظوری دینا ایک انتخابی عمل ہے اور یہ کہ میں یہ منظوری مسترد کر سکتا ہوں، جس کیس میں میرا ٹیسٹ نہیں ہو گا۔ میں اس بات سے بھی آگاہ ہوں کہ اسکول کے دن سے پہلے اگر مجھے لگتا ہے کہ میں بیمار ہوں تو مجھے گھر پر رکن چاہیئے۔

معاہدہ اور ڈیٹا شیئرنگ (براہ مہربانی نام کے ابتدائی حروف)

COVID-19 کی علامات ظاہر کرنے کی صورت میں، میں Abbott BinaxNOW COVID-19 antigen test لینے کی منظوری دیتا ہوں۔ میں اس بات سے آگاہ ہوں کہ ویاستی قانون کے مطابق، میرے ٹیسٹ کے نتائج مجھے اور ورجینیا کے محکمہ صحت کو رپورٹ کیئے جائیں گے۔

منظوری کے دستخط:

میں اس بات سے آگاہ ہوں کہ میں اپنا ارادہ بدل سکتا ہوں یہ منظوری کسی بھی وقت منسوخ کر سکتا ہوں۔ COVID 19 کی یہ منظوری منسوخ کرنے کے لیئے، مجھے [POC Name] سے [Contact Info] پر براہ راست رابطہ کرنا ہو گا۔

تاریخ

عملے کے رکن کے دستخط

عملے کے رکن کا نام